

Tratamiento de las Ictericias

Dr. Roberto de Zubiría

En el tratamiento de los síndromes ictericos no existe sistematización de criterios y en más de una ocasión se cometen serios errores terapéuticos. Tal sucede frecuentemente con las hepatitis a virus, por ejemplo las que tratadas con un régimen alimenticio inadecuado, constituido casi siempre por dietas de hambre, se va a complicar más la situación. Otras veces se utilizan sistemáticamente los antibióticos de amplio espectro, los cuales son inútiles e inclusive desaconsejados por la posibilidad de producir fibrosis hepática.

Hemos querido hacer un resumen analizando someramente el pro y el contra de las principales medidas terapéuticas.

a) EL REPOSO

Cuando la ictericia está asociada a daño hepático el reposo absoluto en el lecho es fundamental. El enfermo con una hepatitis a virus, en el período inicial busca el reposo, no así el icterico posthepático, cuyo estado general es habitualmente muy bueno. Se asombra uno de lo bien que se tolera una obstrucción, al menos durante uno o dos meses. Casi siempre el icterico por colestasis posthepática va al consultorio y desea continuar en sus actividades habituales.

Cuáles son las razones para indicar el reposo?

1) Durante el ejercicio se produce un verdadero "Masaje" contra el diafragma.

2) El trabajo muscular aumenta ciertas substancias, que si bien no son francamente tóxicas, al menos tienen que ser metabolizadas en gran parte por el hígado.

3) Durante la posición de pie hay vasoconstricción de las arterias hepáticas con reducción del caudal sanguíneo.

4) Es necesario ahorrar energía calórica, colocando al sujeto en condiciones de gasto mínimo, con el fin de poder balancear el metabolismo. Esto en los enfermos hepáticos no es fácil, ya que habitualmente la anorexia, los vómitos, etc., se oponen al adecuado aporte calórico.

Una pregunta muy importante, es cuánto tiempo debe mantenerse acostado un paciente con una hepatitis?

Los criterios a seguir son tres:

1) El paciente debe permanecer en cama mientras la bilirrubina esté por encima de 2 mgr.

2) Mientras el hígado se encuentre aumentado de volumen.

3) Mientras se aprecien signos de actividad de la enfermedad.

Cuando se decida levantar al enfermo hay que comenzar lentamente, permitiéndole al comienzo que vaya al baño, luego al comedor, para que poco a poco retorne a sus actividades ordinarias.

A) REGIMEN ALIMENTICIO

El médico se encuentra ante un problema difícil en la confección de un régimen alimenticio para un icterico, ya que debe dar el número de calorías necesarias para cubrir las necesidades básicas. Hay necesidad de dar de 2.500 a 3.000 C.

A) GRASAS

Se ha discutido bastante la conveniencia de la administración de grasas; algunos autores (Gyorgi y Goldblatt) aconsejan las dietas hipograsas, con el fin de prevenir la degeneración grasa del hígado. Otros (Hoagland, Kunkel) indican las dietas hipergrasas, argumentando, que debido al alto poder calórico de las grasas (1 gr. igual a 9 C) es difícil llenar los requisitos calóricos necesarios sin recurrir a ellas; además insisten en que una alimentación hipograsa es muy desagradable al paladar.

En nuestra opinión debe administrarse una dieta hipograsa por los siguientes motivos:

1) Siempre que la cantidad de bilis se encuentre disminuída en el intestino las grasas se absorberán mal perdiéndose en grandes cantidades con las deposiciones y siendo desperdiciado el alto poder calórico.

2) Es lo más común que los enfermos hepáticos tengan anorexia selectiva hacia las grasas.

B) HIDRATOS DE CARBONO

Deben administrarse de 350 a 400 grs. ya sea por la vía oral o si esto no es posible, por vía parenteral. Esto tiene dos fines, en primer término administrar un crecido número de calorías, en segundo favorecer la acumulación de glucógeno en el hígado, lo cual protege al hepático de la degeneración. Es conveniente, cuando se administran buenas cantidades por vía endovenosa, añadir insulina que favorece la formación de glucógeno (I. U., por cada 4 a 6 Grs.).

C) PROTEINAS

Antiguamente se daba a los ictericos regímenes con mínimas cantidades de proteínas. Después de la segunda guerra Europea, por estudios efectuados sobre prisioneros de guerra, sometidos a dietas hipoproteicas se vino a comprobar que la falta de proteínas favorece la fibrosis y la degeneración grasa. Por otra parte la hipoproteinemia produce graves alteraciones del metabolismo hídrico favoreciendo la producción de edemas.

En ictericos que van a ser operados, la presencia de hipoproteinemia compromete gravemente la cicatrización de las heridas.

D) INDIGESTION DE AGUA

En el enfermo hepático hay cierta tendencia a la retención de líquidos, por esta razón debe hacerse un cuidadoso balance entre las cantidades ingeridas y las perdidas. Los datos del hematocrito, con la medida de la cantidad de orina eliminada en 24 horas sirven al clínico de guía para conocer el estado general de hidratación. En términos generales hay que administrar 1.500 cc. al día; sin embargo si hay exceso de sudor, presencia de sudor o de diarrea hay que aumentar la cantidad. En caso de ede-

mas hay que disminuirla, de acuerdo con la cantidad de orina eliminada.

E) CLORURO DE SODIO

Las dietas hipocloruradas (1-2 gr. al día) son peligrosas, ya que pueden llevar si se prolongan algunas semanas, a una hiponatremia e hipocloremia. Es necesario vigilar frecuentemente los electrolitos sanguíneos, ya que fácilmente se van a presentar vómitos o hipotensión arterial, que complican la enfermedad.

En general es mejor utilizar una dieta normal de cloruro de sodio (5 gr.) y disminuirlo en caso de presentarse edemas.

F) VITAMINAS LIPOSOLUBLES

La falta de absorción de grasas y vitaminas liposolubles trae como consecuencia síntomas de avitaminosis.

Es conveniente administrar 50.000 U. diarias de vitamina A, cuando se presenten síntomas de déficit. La vitamina K la inyectamos sistemáticamente en dosis diarias de 5 mg. o 10 mg. cada tercer día. En caso de déficit de vitamina E y K deben administrarse, de aquella dosis de 100 a 300 mg. diarios y de ésta 600.000 U. semanalmente, una o dos veces.

G) VITAMINAS HIDROSOLUBLES

Debe administrarse vitamina C, cuyos depósitos se agotan muy rápidamente, en dosis que oscilan alrededor de 0,5 a 1 gr. al día.

Los factores del complejo B, son los más importantes de administrar, ya que ejercen una indiscutible acción de protección hepatocelular. Utilizamos habitualmente una ampollita de betalin complejo al día.

H) CALCIO

Es frecuente la hipocalcemia, inherente en general déficit de vitaminas C y D. Las sales de calcio son fundamentales en la neutralización de algunas sustancias como la guanidina, la cual aumenta considerablemente en enfermos con graves afecciones hepatocelulares, principalmente en el coma hepático. Es conveniente, en estos casos administrar 10 cc. de gluconato de calcio al 10% todos los días. ,

I) LIPOTROPICOS

El uso de estas substancias, como la colina, inositol, metionina, etc. se ha generalizado en el tratamiento de enfermos ictericos y es bien raro el enfermo que no los recibe. Acostumbramos utilizarlos sistemáticamente, con un fin preventivo, sin que pueda esperarse de ellos mucho desde el punto de vista curativo. **ES MAS IMPORTANTE PREOCUPARSE POR BALANCEAR BIEN EL REGIMEN ALIMENTICIO QUE POR ADMINISTRAR GRANDES CANTIDADES DE LIPOTROPICOS.**

MEDICACION SINTOMATICA

En el curso de las ictericias se producen gran número de síntomas que molestan mucho al enfermo y por eso deben combatirse.

1) EL PRURITO

Es muy molesto, en especial en las ictericias posthepáticas y particularmente en los carcinomas de la cabeza del páncreas. Es muy raro que sea de gran intensidad en el curso de las hepatitis. Hay casos en que tiene una intensidad enorme y por el rascado se van a producir excoriaciones, que a veces se infectan. Si es muy intenso no deja dormir al enfermo. Afortunadamente para el internista los pruritos verdaderamente rebeldes tienen casi siempre un tratamiento quirúrgico.

Para combatir el prurito se utilizan muchos medicamentos, entre los cuales se encuentran la aspirina, el tartrato de ergotamina, los antihistamínicos, los bromuros inyectados sin mayores resultados. La novocaina intravenosa al 1% sin adrenalina nos ha dado los mejores resultados a dosis de 6 a 12 c.c. diarios.

2) LA CONSTIPACION

Es un síntoma bastante frecuente y es necesario combatirlo, ya que preocupa y molesta al enfermo. Deben evitarse los purgantes, que sean al mismo tiempo coleréticos, ya que una víscera enferma no debe recargarse con trabajo y debe mantenérsela en el mayor reposo posible. Los laxantes de tipo mecánico o los pequeños enemas evacuadores dan los mejores resultados.

3) LA EXCITACION

En las hepatitis hay serias perturbaciones mentales y en ocasiones se puede producir seria agitación motora. La morfina y el opio por su acción hepatotóxica están contraindicados. Puede usarse demerol y barbitúricos a pequeñas dosis 0,02 a 0,05 cg).

4) EL DOLOR

En caso de cólico vesicular de gran intensidad muchas veces hay necesidad de usar morfina o alcaloides totales de opio, porque solo con esto puede calmarse. Conviene naturalmente ensayar antes analgésicos del tipo demerol.

5) EL INSOMNIO

El insomnio se controla bastante bien con el hidrato de cloral, ya por vía oral o mejor en enema a dosis de 1 a 3 grs. por las noches.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

1) EL COMA HEPATICO

Es frecuente en el curso de hepatitis inusitadamente graves y de ocurrencia habitual en las hepatonecrosis.

Desgraciadamente no existe un tratamiento específico y la conducta del médico tiene que reducirse a medidas de soporte mientras esperamos la regeneración del parénquima hepático. Es necesario combatir la deshidratación con soluciones salinas. Hay que administrar hidrolizados de proteína por vía endovenosa, los cuales, parece que son mejor metabolizados por el hígado enfermo. En caso de Shock con caída brusca de presión vale la pena aplicar A. C. T. H a Levofed. Las medidas que hemos venido indicando tienen su aplicación en el coma hepático.

2) LA INFECCION SOBREGREGADA

En las colestasis prolongadas la infección de canales y aún del mismo parénquima es la regla. Hay necesidad de buscar signos de infección para prevenir mayor daño hepático. Los anti-

bióticos de amplio espectro, la penicilina y estreptomycinina tienen sus indicaciones de acuerdo con el germen productor de la infección.

3) LAS HEMORRAGIAS

Son muy frecuentes los cuadros hemorrágicos de tipo purpúrico en la piel o las hemorragias mucosas. La vitamina K da buenos resultados, lo mismo que la administración de sulfato de protamina, en dosis de 5 c.c. por vía intravenosa, inyección que puede ser repetida si no cede la hemorragia.

LA INTUBACION DUODENAL

La intubación duodenal tiene múltiples aplicaciones no sólo en el diagnóstico de las ictericias, sino en su tratamiento. En las colangitis permite eliminar buena cantidad de grumos que están obstruyendo los canales biliares.

En las hepatitis agudas la intubación no es aconsejada por la mayoría de los autores, alegándose, con razón, que estimula el funcionamiento de una víscera enferma. Nosotros sin embargo, la utilizamos en el curso de las hepatitis agudas, pero la utilizamos solamente en el período de disminución de la ictericia, con el fin de apresurar la curación o cuando esta disminución no se presenta a los 15 o 20 días.

Tenemos la idea de que muchas veces se demora la declinación de la ictericia, por la presencia de concreciones de "barro" biliar que obstruye los canales. Estos "tapones" pueden ser eliminados fácilmente mediante la intubación y ve uno que después de la evacuación de un "tapon biliar" sale una buena cantidad de bilis hiperconcentrada.

MEDICACION ETIOLOGICA

ICTERICIAS HEMOLITICAS	DRUGA USADA
CORPUSCULARES	A. C. T. H.
	ESPLENECTOMIA
ICTERICIAS HEMOLITICAS	
EXTRACORPUSCULARES	A. C. T. H.
COLANGITIS	ACROMICINA, TERRAMICINA, ESTREPTOMICINA, CLOROMICETINA
	INTUBACIONES DUODENALES
OBSTRUCCIONES EXTRAHEPATICAS	
(COLEDOCOLITIASIS, ETC.)	TRATAMIENTO QUIRURGICO
HEPATITIS A VIRUS	NINGUNO DE LOS ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO PARECE SER DE VALOR (KRAMER FUCCHS Med. Cli. Nort Am. Vol. 57 1953).
HEPATITIS POR MONONUCLEOSIS	
INFECCIOSA	NINGUNO
HEPATITIS POR BRUCELAS	ESTREPTOMICINA - ACROMICINA
HEPATITIS PALUDICA	ARALEN
HEPATITIS POR LEPTOSPIRA	AUREOMICINA?
ICTEROHEMORRAGICA	TERRAMICINA?
	ACROMICINA?
HEPATITIS DEBIDA A	
METALES PESADOS	B. A. L.?

PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA

<u>NOMBRE</u>	<u>VALOR ANORMAL</u>	<u>AUTOR</u>	<u>CAUSAS</u>	<u>SIGNIFICADO</u>
Cefalín Colesterol	> ++	Hanger.	Disminución Alfaglobulinas Aumento de Ga- maglobulinas	Degeneración. del Hepatocito.
Turbidez del Timol	> 5 U.	McLagan	Idem mas aumento de lipoproteinas	Degeneración del Hepatocito
Turbidez del Sulfato de Sinc	< 6 U. > 12,5 U	Kunkel	1) Colestasis ? 2) Idem	1) Colestasis 2) Degeneración Hepatocito.
Gamaglobulinas	> 1,5%	De la Hueraga Popper		Degeneración Hepatoocelular Inflamación
Colesterol Sérico	> 300 mg.	Bloor y Knudson	Deficit de Excreción	Colestasis
Esteres del Colesterol	< 50%	Schoenheimer Sperry	Incapacidad de Esterificación	Degeneración Hepatocito
Fosfatasa Alcalina	> 6 U.	Bodansky	Deficit de Excreción.	Colestasis
Sobrecarga de Vitamina K Inyectando 30 mg.	Protombina 100% Protombina 80%	Koller	1) Absorción Deficit. 2) Déficit Producción.	Colestasis Degeneración Hepatocito

NOTA: Este cuadro corresponde a la primera parte del trabajo publicada en el Nº 6 y 7 de esta Revista, el cual iba referido en la página 296.